# インフルエンザ様疾患調査表　（社会福祉施設・医療機関用）※新型コロナウイルス感染症を含みます。

（様式2-イ）

この調査票は収束まで毎日10時に担当課・倉敷市保健所へ提出。収束目安はインフルエンザ・コロナ：患者0名が７日間続くまで。その他の感染症は保健所が判断。
◎送付状不要です。この用紙のみお送りください。

NO.＿＿＿＿

施設名　　担当者（職種）　　電話番号　　報告日　　年　　月　　日

《記入方法》
① 発症日時は、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

所管課記入欄（聞き取り内容があれば記入）

| No. | 名前 | 年齢 | 性別 | 入居者又は職員 | 部屋番号又は職種 | ADL | 発症日時 | 受診 | 診断/検査結果 | 備考（予防接種の有無、基礎疾患、接触状況等）） | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

《記入方法》
① 発症日時は、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

所管課記入欄（聞き取り内容があれば記入）

| No. | 名前 | 年齢 | 性別 | 入居者又は職員 | 部屋番号又は職種 | ADL | 発症日時 | 受診 | 診断/検査結果 | 備　考（予防接種の有無、基礎疾患、接触状況等）） | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

《記入方法》
① 発症日時は、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

所管課記入欄（聞き取り内容があれば記入）

| No. | 名前 | 年齢 | 性別 | 入居者又は職員 | 部屋番号又は職種 | ADL | 発症日時 | 受診 | 診断/検査結果 | 備　考（予防接種の有無、基礎疾患、接触状況等）） | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 41 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

《記入方法》
① 発症日時は、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

所管課記入欄（聞き取り内容があれば記入）

| No. | 名前 | 年齢 | 性別 | 入居者又は職員 | 部屋番号又は職種 | ADL | 発症日時 | 受診 | 診断/検査結果 | 備考（予防接種の有無、基礎疾患、接触状況等）） | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 61 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 71 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 73 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 78 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 79 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# インフルエンザ様疾患調査表　（社会福祉施設・医療機関用）※新型コロナウイルス感染症を含みます。　【記入見本】

（様式2-イ）

この調査票は収束まで毎日10時に担当課・倉敷市保健所へ提出。収束目安はインフルエンザ・コロナ：患者0名が７日間続くまで。その他の感染症は保健所が判断。
◎送付状不要です。この用紙のみお送りください。

NO.

施設名　特別養護老人ホーム　〇〇〇〇　　担当者（職種）　看護師　〇〇〇〇　　電話番号　086-434-9810　　報告日　R5　年　4　月　9　日

《記入方法》
① 発症日時は、〇月〇日〇時（だいたいの時間）をご記入ください。
② 受診した方は受診日と診断結果、検査結果を所定の欄にご記入ください。
③ 気になる症状や、重篤な合併症等がある場合は、備考欄にご記入ください。
④ 職員は、部屋番号欄に職種をご記入し、備考欄に発症者との接触の内容をご記入ください。
⑤ ADLは、A：自立、B：移動に要介助、C：ベッド上のうち近いものをご記入ください。

◎：発熱
〇：呼吸器症状
△：消化器症状
×：解熱日

所管課記入欄（聞き取り内容があれば記入）

| No. | 名前 | 年齢 | 性別 | 入居者又は職員 | 部屋番号又は職種 | ADL | 発症日時 | 受診 | 診断/検査結果 | 備考（予防接種の有無、接触状況等）） | 4/6 | 4/7 | 4/8 | 4/9 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 〇〇　〇〇 | 80 | 男・女 | 入・職 | 201 | C | 4/6 9時 | 4/6 | コロナ | ワクチン3回済（R4.12月最終） | ◎、△ | ◎、△ | × | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 〇〇　〇〇 | 75 | 男・女 | 入・職 | 201 | C | 4/6 18時 | 4/7 | コロナ | ワクチン3回済（R4.12月最終） | ◎ | ◎ | × | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 〇〇　〇〇 | 75 | 男・女 | 入・職 | 201 | C | 4/6 23時 | 4/7 | コロナ | | ◎ | × | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 〇〇　〇〇 | 73 | 男・女 | 入・職 | 203 | C | 4/7 9時 | 4/7 | コロナ | | | ◎、△ | ◎、△ | 〇× | | | | | | | | | | | |
| 5 | 〇〇　〇〇 | 75 | 男・女 | 入・職 | 203 | C | 4/7 12時 | 4/7 | コロナ | | | ◎、△ | ◎、△ | 〇× | | | | | | | | | | | |
| 6 | 〇〇　〇〇 | 85 | 男・女 | 入・職 | 203 | C | 4/7 15時 | ／ | | | | 〇 | 〇 | 〇 | | | | | | | | | | | |
| 7 | 〇〇　〇〇 | 90 | 男・女 | 入・職 | 203 | C | 4/7 15時 | ／ | | | | 〇 | 〇 | 〇 | | | | | | | | | | | |
| 8 | 〇〇　〇〇 | 100 | 男・女 | 入・職 | 205 | C | 4/7 16時 | ／ | | | | ◎ | 〇× | 〇 | | | | | | | | | | | |
| 9 | 〇〇　〇〇 | 55 | 男・女 | 入・職 | 介護士 | | 4/7 8時 | 4/7 | コロナ | ワクチン4回済、4/6食事介助 | | ◎、△ | 欠 | 欠 | | | | | | | | | | | |
| 10 | 〇〇　〇〇 | 45 | 男・女 | 入・職 | 看護師 | | 4/7 9時 | 4/7 | コロナ | ワクチン4回済、4/6入浴介助 | | ◎ | 欠 | 欠 | | | | | | | | | | | |
| 11 | 〇〇　〇〇 | 35 | 男・女 | 入・職 | 介護士 | | 4/7 7時 | 4/7 | コロナ | ワクチン4回済、4/6口腔ケア | | ◎ | 欠 | 欠 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | 男・女 | 入・職 | | | ／ 時 | ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

記入見本